

Міністерство
охорони здоров'я України
Івано-Франківський
національний медичний університет

Засновник та видавець
Івано-Франківський
національний медичний університет
Свідоцтво про державну реєстрацію
серія КВ №7296
від 14.05.2003 року

Рекомендовано до друку
Вченою Радою
Івано-Франківського
національного медичного університету
протокол № 8 від 29.08.2012 р.

Адреса редакції:
Україна,
76018 м. Івано-Франківськ,
вул. Галицька, 2
Медичний університет
Телефон: (03422) 3-15-29, 2-23-01
факс (03422) 2-42-95
E-mail: ifdmu@ifdmu.edu.ua

Комп'ютерний набір і
верстка редакції журналу
"Галицький лікарський вісник"
Підписано до друку 28.09.2012 р.
Формат 60/88 1/2 Обсяг - 16 друк. арк.
Друк офсетний. Наклад 200
Тираж здійснено у видавництві
Івано-Франківського національного
медичного університету.
Свідоцтво про внесення суб'єкта
видавничої справи до Державного реєстру
видавців, виготівників і розповсюджувачів
видавничої продукції.
ДК №2361 від 05.12.2005 р.
76018, м. Івано-Франківськ,
вул. Галицька, 2.

ГАЛИЦЬКИЙ ЛІКАРСЬКИЙ ВІСНИК

Щоквартальний науково-практичний часопис
Заснований в 1994 році

Том 19 - число 3 - 2012 (частина 2)

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор - М.М. Рожко

Вакалюк І.П. (заступник головного редактора)
Боцюрко В.І. (відповідальний секретар)
Вишиванюк В.Ю. (секретар)
Вірстюк Н.Г.
Волосянко А.Б.
Геращенко С.Б.
Гудз І.М.
Ерстенюк А.М.
Ємельяненко І.В.
Заяць Л.М.
Ковальчук Л.Є.
Мізюк М.І.
Міщук В.Г.
Ожоган З.Р.
Середюк Н.М.
Яцишин Р.І.

Редакційна рада

Бальцер К. (Дюссельдорф, ФРН)
Волошин О.І. (Чернівці)
Геник С.М. (Івано-Франківськ)
Гончар М.Г. (Івано-Франківськ)
Гудивок І.І. (Івано-Франківськ)
Поворознюк В.В. (Київ)
Швед М.І. (Тернопіль)
Якимчук В.М. (Івано-Франківськ)

Журнал включено до Переліку наукових видань, в яких
можуть публікуватись основні результати дисертаційних робіт
(Постанова Президії ВАК України від 10.11.2010 року, №1-05/7)

та системні ускладнення, варіанти клінічного перебігу та основні етіологічні механізми ініціації, що складає об'єктивне підґрунтя для правильного вибору діагностично-лікувальної тактики. Це дозволяє рекомендувати дану роботу класифікацію до широкого клінічного використання у хірургічних стаціонарах усіх рівнів.

Перспективи подальших досліджень

Перспективним є напрацювання міжнародної уніфікованої класифікації гострого панкреатиту та його ускладнень, що дозволить чітко систематизувати діагностично-лікувальні підходи та адекватно оцінювати і співставляти результати лікування у різних медичних клініках світу.

Література

1. Бобров О. Е. Эффективность оценки тяжести состояния больных с острым панкреатитом / О. Е. Бобров, Н. А. Мендель, И. Н. Игнатов // Клінічна хірургія. - 2007. - № 9 (додаток). - С. 18-20.
2. Нестеренко Ю. А. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита / Ю. А. Нестеренко, В. В. Лаптев, С. В. Михайлуков. - М.: Бино-Пресс, 2004. - 304 с.
3. Ничитайло М. Ю. Панкреонекроз. Профилактика інфікування та лікування інфекційних ускладнень / М. Ю. Ничитайло, О. П. Кондратюк, Ю. В. Снопко // Український журнал хірургії – 2009. - №4. - 104-108.
4. Острый панкреатит: от унификации классификации к единой диагностической и лечебной доктрине / О.Е. Бобров, Н.А. Мендель, И.Н. Игнатов, А.М. Вильгаш // Хирургия Украины. – 2008. - №2. – С. 66-69.
5. Острый панкреатит (протоколы диагностики и лечения) / С.Ф. Багненко, А.Д. Толстой, В.Б. Красногоров [и др.] // Хирургия. – 2005. - № 7. – С. 19–23.
6. Савельев В. С. Панкреонекрозы / В. С. Савельев, М. И. Филимонов, С. З. Бурневич. – М.: МИА. 2008. – 259 с.
7. Bradley E.L. A clinically based classification system for acute pancreatitis. Summary of the International Symposium on acute pancreatitis, Atlanta, GA, September 11 through 13, 1992 / E.L. Bradley // Arch. Surg. – 1993. – Vol. 128. P. 586–590.

8. Infected pancreatic necrosis / R. Dionigi, F. Rovera, G. Dionigi [et al.] // Surg. Infect. (Larchmt). – 2006. - № 7 (2). – P. S49-S52.
9. Sashi M. Klassifikationen der Acuten Pankreatitis aus Chirurgieher / M. Sashi, A.Ercke // Sicht, Art Chir. – 1993.- №3. P.- 95.
10. The Atlanta Classification of acute pancreatitis revisited / T. L. Bollen, H. C. van Santvoort, M. G. Besselink [et al.] // British Journal of Surgery. – 2008. – Vol. 95. - № 1. P. 6–21.

Максимюк В.В., Полянський І.Ю., Тарабанчук В.В., Харук Л.М.

Классификация острого панкреатита и его осложнений

Резюме. Результаты диагностики и лечения 457 пациентов с острым панкреатитом сопоставлены с современными подходами к его нозологической систематизации. На основе анализа предложено уточненную и дополненную классификацию острого панкреатита, которая четко определяет его клинико-морфологические формы, местные и системные осложнения, варианты клинического течения и основные этиологические механизмы инициации. Применение наработанной классификации составляет объективную основу для правильного выбора диагностики, лечебной тактики, что позволяет рекомендовать ее к широкому клиническому использованию в хирургических стационарах всех уровней.

Ключевые слова: классификация, острый панкреатит, осложнения.

Maksymyuk V.V., Polyansky I.Yu., Tarabanchuk V.V., Haruk L.M.

Classification of Acute Pancreatitis and its Complications

Summary: Results of diagnostics and treatment 457 patients with acute pancreatitis are confronted with the modern going near its nosology systematization. On the basis of sound analysis it is offered complemented classification of acute pancreatitis, that clearly determines its different forms, local and system complications, variants of clinical motion and basic etologic mechanisms of initiation. Application of the turned out classification folds objective soil for the correct choice of diagnostically-curative tactics, that allows to recommend its to clinical deployment in surgical permanent establishments of all levels.

Keywords: classification, acute pancreatitis, complication.

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК: 617.55-008.8-089.48

Малик С.В., Безручко М.В., Кравченко С.П., Осінов О.С.

Спосіб мініінвазивного дренивання обмежених патологічних рідинних скупчень черевної порожнини

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

Резюме. Представлений досвід лікування 53 пацієнтів з обмеженими рідинними скупченнями черевної порожнини. Застосування мініінвазивного дренивання ОПРС є ефективним в 94,7% випадків, дозволяє достовірно зменшити частоту післяопераційних ускладнень з 11,8% до 5,3% та тривалість стаціонарного лікування цих пацієнтів з 14,5±1,5 дб до 9±1,5.

Ключові слова: обмежені рідинні скупчення черевної порожнини, способи дренивання.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Частим ускладненням при гострій хірургічній патології органів черевної порожнини, є розвиток обмежених рідинних скупчень (ОПРС), лікування яких залишається однією з актуальних проблем хірургії [1, 4, 5].

Вмістом цих рідинних скупчень може бути запальний серозний, геморагічний ексудат, жовч, кров, які в подальшому можуть інфікуватися та призводити до розвитку абсцесів і розлитого перитоніту. Клінічні та лабораторні ознаки розвитку ОПРС не специфічні, схожі з симптомами абсцесу черевної порожнини, іноді їх перебіг може бути асимптомним [1, 2, 5].

Для лікування ОПРС застосовували повторні оперативні втручання (евакуація, санація та зовнішнє дренивання), які супроводжувалися розвитком ускладнень, що подовжувало тривалість стаціонарного лікування та летальності (до 8,8%) [2, 4,

6]. Для лікування цієї патології використовуються дренивання черевної порожнини з широкого лапаротомного доступу, під УЗД контролем та відеолапароскопічне дренивання черевної порожнини з накладанням карбоксиперитонеуму [1, 3, 6].

Недоліками цих способів є висока травматичність, необхідність загального знеболення та тривала післяопераційна реабілітація пацієнтів.

Метою дослідження була розробка способу який, дозволяє виконувати дренивання ОПРС черевної порожнини з мінімальною травматичністю.

Матеріал і методи дослідження

За період з 2010 по 2012 рік під спостереженням знаходилося 53 пацієнти, у яких було діагностовано позаорганні ОПРС, причиною їх розвитку були, як правило, ускладнення після первинного оперативного втручання. Білому підпечінкового простору було діагностовано у 16 (30,2%) пацієнтів, геморагічні та серозно-геморагічні рідинні скупчення підпечінкового простору – у 18 (34%) випадках, міжпечельні рідинні скупчення у 19 (35,8%). Залежно від способу їх ліквідації всі пацієнти були розподілені на 2 групи.

У першу ввійшли 34 пацієнти, яким ліквідацію ОПРС проводили шляхом відкритої лапаротомії або лапароскопічно з накладанням карбоксиперитонеуму під загальним знеболенням, санації та зовнішнім дрениванням.

Другу групу склали 19 пацієнтів, яким дренування ОПРС проводили із застосуванням розробленого нами способу на який отримано патент на корисну модель. Суть якого полягає в тому, що за допомогою УЗД визначаємо локалізацію ОПРС та обираємо оптимальне місце для доступу. В обраному місці під місцевою інфільтраційною анестезією виконуємо мінілапаротомний доступ (3–4 см), із застосуванням набору «міні-асистент». За допомогою лапароскопу виконуємо ревзію ділянки черевної порожнини, санацію розчином антисептика та дренування ділянки локалізації ОПРС поліхлорвініловим трубчастим дренажем. Дренування виконуємо наступним чином: на тубус 10 мм лапароскопа надягаємо поліхлорвінілову дренажну трубку з внутрішнім діаметром 10 мм; через мінілапаротомний доступ тубус лапароскопа заводимо в ділянку локалізації патологічного рідинного скупчення та притримуючи дренажну трубку рукою, тубус лапароскопа витягуємо з черевної порожнини так, щоб трубка залишилась на місці; дренаж фіксуємо до шкіри.

УЗД проводилося з використанням ультразвукового апарату Philips HD-3 (Голандія), для мінілапаротомії використовували хірургічний набір «міні-асистент» та лапароскопічну стійку з 10мм лапароскопом.

Групи порівнювали за віком, статтю, тяжкістю загального стану. Середній вік пацієнтів становив: I група – 58,5±4,2 років, II група – 60,5±3,7 років. Тяжкість загального стану визначали за шкалою APACHE II, яка відповідала в I групі 12,5±2 бали, в II – 13±1,5 балів.

Результати дослідження та їх обговорення

У пацієнтів I групи структура ОПРС мала наступний вигляд: білому було діагностовано у 11 (32,4%) пацієнтів, геморагічні та серозно-геморагічні рідинні скупчення – у 12 (35,2%) випадках, між петельні рідинні скупчення були виявлені у 11 (32,4%). Ліквідація цих рідинних скупчень в даній групі шляхом відкритої лапаротомії була виконана у 13 (38,2%) пацієнтів, а з застосування лапароскопічного доступу з накладанням карбоксиперитонеуму – у 21 (61,8%) хворого, причому лапароскопічний доступ застосовувався переважно для ліквідації ОПРС у підпечінковому просторі. Відкрита лапаротомія була основним методом лікування при наявності міжпетельних ОРС.

При застосуванні даних методик ліквідувати ОПРС у 32 (94,1%) хворих вдалося за один раз, у 2 (5,9%) пацієнтів довелося виконувати повторні оперативні втручання, що було пов'язане з повторним формуванням рідинного скупчення. Розвиток післяопераційних ускладнень у пацієнтів даної групи констатовано у 4 (11,8%) випадках, здебільшого у вигляді нагноєння післяопераційних ран. Тривалість лікування пацієнтів даної групи становила 14,5±1,5.

У пацієнтів II групи в структурі ОПРС було виявлено білому підпечінкового простору у 5 (26,3%) пацієнтів, геморагічні та серозно-геморагічні рідинні скупчення – у 6 (31,6%) хворих, міжпетельні рідинні скупчення – у 8 (42,1%). Ліквідація цих рідинних скупчень була виконана описаним вище способом.

При застосуванні розробленого в клініці способу ефективність дренування ОПРС констатована у 18 (94,7%) випадках, лише в 1 пацієнта для повної його ліквідації довелося виконувати відкриту лапаротомію. Розвиток післяопераційних ускладнень відзначено у 1 (5,3%) пацієнта, у вигляді госпітальної пневмонії. Тривалість стаціонарного лікування пацієнтів II групи в середньому була 9±1,5 доби, а період після ліквідації рідинного скупчення становив в середньому 5,5±0,5 діб.

При порівнянні результатів лікування пацієнтів обох груп встановлено, що при застосуванні розробленого нами способу

мінінвазивного дренування ОПРС черевної порожнини ефективність дренування достовірно не відрізняється ($p > 0,05$) від методів застосованих в I групі та є досить високою. Розвиток післяопераційних ускладнень у пацієнтів I групи констатовано у 11,8% випадках тоді, як у II групі цей показник склав 5,3%.

При порівнянні тривалості стаціонарного лікування встановлено, що пацієнти I групи перебували в стаціонарі в середньому 14,5±1,5 діб, пацієнти II групи 9±1,5 діб ($p < 0,05$).

Отже, застосування запропонованого способу мінінвазивного дренування ОПРС є ефективним в 94,7% випадків, та за своєю ефективністю не поступається іншим методикам.

Література

1. Андреев А.В. Ультразвуковая диагностика и миниинвазивные методы лечения осложненной раннего послеоперационного периода при заболевании печени и желчных протоков / А.В. Андреев, А.Г. Приходько, В.А. Авакимян // Аналы хирургической гепатологии. – 2008. – Т. 13, № 3. – С. 20 – 24.
2. Диагностика и лечение послеоперационных внутрибрюшных осложнений / А.Г. Кригер, Б.К. Шуркалин, П.С. Глушков [и др.] // Хирургия. – 2005. – № 3. – С. 21 – 24.
3. Мошківський Г.Ю. Роль черезшкірних втручань під контролем ультразвукового дослідження у лікуванні позаорганих післяопераційних обмежених скупчень рідини / Г.Ю. Мошківський // Клінічна хірургія. – 2010. – № 8. – С. 45 – 50.
4. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / [Абакумов М.М., Андрияшкин В.В., Бреусенко В.Г. и др.] под ред. В.С. Савельева – М.: «Грида-Х», 2006. – 640с.
5. Gervais D.A. Percutaneous imaging-guided abdominal and pelvic abscess drainage in children / D.A. Gervais, S.D. Brown, S.A. Connolly [et al.] // Radiographics. – 2004. – V. 24, №3. – P. 737 – 754.
6. Hsieh C.H. Retroperitoneal abscess resulting from perforated acute appendicitis: analysis of its management and outcome / C.H. Hsieh, Y.C. Wang, H.R. Yang [et al.] // Surgery Today. – 2007. – V. 37. – P. 762 – 767.

Малык С.В., Безручко Н.В., Кравченко С.П., Осипов А.С.

Способ миниинвазивной дренирования ограниченных патологических жидкостных скоплений брюшной полости

Резюме. Представлен опыт лечения 53 пациентов с ограниченными жидкостными скоплениями брюшной полости. Применение миниинвазивного дренирования ОПРС является эффективным в 94,7% случаев, позволяет достоверно снизить частоту послеоперационных осложнений с 11,8% до 5,3% и длительность стационарного лечения с 14,5±1,5 суток до 9±1,5.

Ключевые слова: ограниченные жидкостные скопления брюшной полости, способы дренирования.

Maluk S.V., Bezruchko M.V., Kravchenko S.P., Osipov A.S.

Method Minor Invasive Drainage of Limited Pathologic Liquid Accumulation in the Abdominal Cavity

Summary. In the article the presented experience of treatment 53 patients were with limit liquid accumulations of abdominal region. Thus, application of an offer method is effective at 94,7% cases, and after the efficiency does not yield to their catchment from open laparotomy access or laparoscopic operation with imposition of carboxyperitoneum; allows for certain to decrease frequency of postoperative complications from 11,8% to 5,3% and duration of stationary treatment these patients from a 14,5±1,5 twenty-four hours to 9±1,5.

Key words: limit pathological liquid accumulations of abdominal region, methods of catchment.

Надійшла 25.06.2012 року.